الفصل العاشر

علاج اختلال الوظائف الجنسية

Sexual dysfunction Treatment

P. de Silva پ دی سيلفا

الفصل العاشر

علاج اختلال الوظائف الجنسية

P. de Silva　　　پ دي سيلفا

مقدمة :

شهد الاهتمام باختلال الوظائف الجنسية وعلاجها تزايداً واضحاً خلال العقدين الأخيرين . وقد جاءت الدفعة من أعمال ماسترز وجونسون (1970) Masters and Johnson . كما أسهم وعى الجمهور بإمكانية علاج المشكلات الجنسية . فى الزيادة السريعة ، فى أعداد أولئك الذين يسعون لطلب المساعدة من هذه الصعوبات ، وأولئك الذين يتلقون مثل هذه المساعدة . وبالإضافة إلى خدمات الطب النفسى والخدمات النفسية ، فقد بدأت منظمات الإرشاد الزواجي ، والمراكز الإرشادية ، ومراكز تنظيم الأسرة وعيادات الأطباء الممارسين فى إضافة علاج اختلال الوظائف الجنسية إلى خدماتها . وتعد هذه المجموعة من المشكلات بمثابة جزء متكامل فى مجموعة الإضطرابات ، التى يتوقع أن يتعامل معها الممارس فى علم النفس الإكلينيكى .

وأساليب العلاج المستخدمة فى مجال اختلال الوظائف الجنسية بواسطة الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين سلوكية فى الأساس ، ويستخدم تعبير سلوكية هنا بأوسع معانية ؛ فالمنحى السلوكى الأصلى لعلاج هذه المشكلات كما وصفه ولبه (1958) Wolpe والرواد الآخرين للعلاج السلوكى استخدم فى علاج الاختلالات الجنسية على مدى يزيد عن ثلاثة عقود (مثال ذلك : .Lazarus, 1963; Wolpe, op. cit) .

وعلى أى الأحوال ، فإن المنحى الذى يكثر استخدامه اليوم فى الممارسة الإكلينيكية سلوكى فى جوهره، وإن كان يتضمن عناصر لاتقع بشكل حاسم فى إطار العلاج السلوكى التقليدى (انظر : Murphy and Mikulas, 1974). وعلى أى الأحوال ، فهناك حاجة للإشارة بصورة ملخصة للإتجاهات البديلة ، قبل مناقشة الإتجاهات السلوكية .

العلاج النفسى

يعتمد العلاج النفسى (١) على مبادئ علم النفس الدينامى (٢) ، والذى استخدم تقليدياً مع حالات اختلال الوظائف الجنسية (مثال ذلك Rosen, 1977) والفرض الأساسى الذى يقوم عليه هو أن المشكلة المعروضة نتاج صراع لاشعورى أو خبرة ماضية مكبوتة ، ودائماً ماتكون ذات صلة بالمرحلة الأوديبية (٣) للارتقاء . وبالتالى فالمنطقى هو الكشف عن هذه المواد اللاشعورية بواسطة التحليل . وفى الوقت الذى مازال المحللون الأصوليون يستخدمون فيه العلاج النفسى لمرضى الاختلالات الجنسية ، لاتتوفر دلائل جيدة على كفاءة هذا الاتجاه المكلف والمستهلك للوقت (Killman and Auerbach, 1979) . ويؤيد كابلان

---

(1) Psychotherapy.
(2) Psychodynamic.
(3) Oedipal Stage.

Kaplan (1974; 1979) منحًى علاجياً ، يجمع بين التوجه نحو مركز المشكلة وتوجه دينامي. والمشوق هنا هو الكشف عن الصراعات النفسية وحلها هى والعوامل المتعلقة بها وفق مايظهر من خلال العلاج . ولايعد هذا بالتالى أسلوباً علاجياً نفسياً خالصاً ، فالتأكيد الأساسى فيه يكون على التعامل مع المشكلات النوعية ، وأفضل مايوصف به أنه أسلوب انتقائي (١) . ويوضح كابلان Kaplan (1987) أن التكشف الدينامى يتم فى نسبة من الحالات حيث يفشل العلاج السلوكى فى تحقيق تقدم بعد نقطة معينة .

التنـــــويم

وصف عدد من الكُتاب استخدام التنويم (٢) فى علاج اختلال الوظائف الجنسية (مثال ذلك Beigel, 1971; cheek, 1976) والذى استخدم للكشف عن المخاوف الجنسية والذكريات الخافية بهدف خفض التوتر وزيادة الاسترخاء ، ولمحاولة تغيير الاستجابات من خلال الإيحاء بعد التنويم . ولاتوجد دلائل مقنعة لصالح كفاءة التنويم بوصفه أسلوب تدخل علاجى لهذه المشكلات .

العائد البيولوجى

استخدم العائد البيولوجى (٣) لتعزيز الانتصاب لدى الذكور أصحاب هذه المشكلة . وحيث تعرض على المريض مواد جنسية مثيرة لتشجيع الاستثارة ، ثم تقاس التغيرات فى محيط القضيب وتذكر للمريض على الفور من خلال وسائل بصرية أو سمعية . وبينما تتضمن هذه الطريقة بعض الإمكانات بوصفها إستراتيجية علاجية ، إلا أن التدريب على العائد البيولوجى لهؤلاء المرضى لم يرسخ حتى الآن . ومازال دور هذا الأسلوب محدوداً فى الممارسة الإكلينيكية ، بينما قيمة العائد البيولوجى فى البحث لايعتريها شك. ويوجد عرض مفيد لهذا المجال فى روزن وبيك Rosen and Beck (1988) .

العلاج الهرمونى

العلاج الهرمونى (٤) من الأساليب شائعة الاستخدام للمشكلات الجنسية فى المجال الطبى ، وبينما يكثر استخدامه بطريقة غير مناسبة ، فإن هذا الشكل من العلاج له دور فى الحالات التى يوجد فيها شذوذ هرمونى واضح ، وعندما يستخدم لهذا الغرض يكون فعالاً تماماً ، ويمكن تصحيح الدافع الجنسى الضعيف لدى الذكور ممن يكون مستوى التيستوسيترون (٥) لديهم منخفضاً من خلال جرعات من التيستوستيرون ، أما النساء اللاتى تعدين فترة الخصوبة (٦) ممن لديهن نقص فى الأوستيروجون (٧) يمكن أن يؤدى إلى إنخفاض الإستجابة أو فقدان الاهتمام أو كليهما ، فإن العلاج بالأوستيروجون يكون مفيداً للغاية (Bancroft, 1989; Davidson and Rosen, 1992; Walling et al., 1995) وكما سبق أن أشرنا فى الفصل السابق ، فمن المهم القيام بالاختبارات الطبية الضرورية والفحوص لتحديد أولئك المرضى الذين ترجع مشكلاتهم لأسباب هرمونية أو تحتاج لعلاج طبى ، وعندما تكون المشكلة نفسية المنشأ ، فإن هذه الأساليب العلاجية ليست غير فعالة فحسب بل قد تكون معوقة للعلاج . ويجدر الإشارة

---

(1) Eclectic.
(2) Hypnosis.
(3)Biofeedback.
(4) Hormone therapy.
(5) Testosterone.
(6) Menopausal (Promenopausal سن اليأس أو فترة إنتهاء الخصوبة)
(7) Oestrogens.

أيضاً أنه حتى فى هذه الحالات، وعندما تكون هذه الأساليب مناسبة ، فإن علاجاً نفسياً إضافياً دائماً مايكون مطلوباً .

الطرق الجراحية

تشمل الطرق الطبية فى العلاج إستخدام الجراحة ؛ إذ يمكن تصحيح حالات الغلفة شديدة الإحكام أو غشاء البكارة الخشن ، الذى يسبب الألم أثناء الجماع أو صعوبة الإيلاج ، وذلك بواسطة جراحة صغرى ، وبالنسبة للرجال أصحاب مشكلات الإنتصاب ، التى ترجع لأسباب عضوية ، يمكن استخدام قضيب تعويضي(1) ، وقد استُخدمت أنسجة صلبة وغير مستوية مع هؤلاء المرضى ببعض النجاح (Wagner and Green, 1981) . ونسبيًا تتضمن التطورات الجديدة فى هذا الميدان جراحات تصحيحية فى التدفق الشريانى ومشكلات الصرف غير السوى ، كلما كان ذلك ضرورياً (Melman and Tiefer, 1992; Wagner and Green, op. cit.) .

المعينات الميكانيكية :

تستخدم بالمثل الأجهزة أو المعينات الميكانيكية (٢) فى علاج الاختلالات الجنسية ، وربما يعد أشهرها الحلقة القضيبية (٣) ، وهى حلقة مطاطية خشنة يُذكر أنها تساعد على إستمرار الإنتصاب (Cooper, 1974) والهزاز (٤) (Gillan, 1987) . واستخدام جهاز الاهتزاز كأداة معينة فى علاج الاختلالات الجنسية ، لدى كل من الذكور والإناث معترف به الآن ، وعلى الرغم من ذلك فإنه لايعد أداة علاجية كاملة بل جزءاً من حزمة علاجية أشمل ، واستخدام الأدوات المفرغة (٥) للرجال للحصول على إنتصاب أصبح شائعاً أيضاً فى السنوات الأخيرة (Cooper, 1987) . ويتوفر فى الأسواق الآن لعديد من الأجهزة . وتوجد مراجعة لهذا المجال فى الثوف وتيرنر (Althof and Turner (1992 ، ونادج وزملائه Nadig et al. (1986) .

الحقن لإحداث إنتصاب :

ظهرت خلال العقد الماضى أو حول ذلك عدة تقارير عن استخدام حقن الپاپافرين (٦) (وهو يؤدى لأسترخاء عضلى هادئ) ومواد مشابهه للحقن فى الأجسام الغائرة (٧) فى القضيب لإحداث انتصاب (Brindly, 1983, 1986) . ويمكن للانتصاب الذى يحدث بهذه الطريقة أن يستمر من ساعة إلى أربع ساعات ، وهى فترة مناسبة فى الكثير من الحالات لجماع «مشبع» ، ويُعلم المريض كيف يقوم بحقن نفسه . ويؤيد عديد من أئمة الميدان إستخدام هذه الطريقة لمساعدة الرجال ، الذين لديهم مشكلات عضوية فى الانتصاب ، أو أولئك الذين فشلوا فى الاستجابة للأساليب النفسية أو السلوكية . وعلى الرغم من ذلك فهناك حاجة لمزيد من البحوث ، كما يحتاج استخدام هذا الأسلوب للحذر (Althof and Turner, 1992; Crowe and Qureshi, 1991) وبالإضافة إلى ذلك ، فالأمر يحتاج إلى إرشاد نفسى .

(1) Penile Prostheses.
(2) Mechanical devices or aids.
(3) Penile ring.
(4) Vibrator.
(5) Vacuum devices.
(6) Papaverine.
(7) Corpus Cavernosum.

العــــلاج الســــلوكــى

التســــكين :

الأسلوب السلوكى العلاجى المعيارى المستخدم فى هذا المجال هو التسكين [١] ؛ حيث تكون المشكلة ناتجة أولياً عن القلق ، ويمكن لخفض القلق بواسطة التسكين التخيلى [٢] والحى [٣] ، أن يكون مفيداً فى هذه الحالة (انظر Wolpe, 1958) ، وتستنبط المواقف المثيرة لقلق المريض منه ، ثم يتم ترتيبها فى تدرج من الأقل إثارة للقلق إلى الأكثر (انظر Lindsay الفصل السابع) ثم تقدم هذه المواقف للمريض لتخيلها بطريقة متدرجة وهو مسترخٍ . وتقليدياً يتضمن التدرج بنوداً غير جنسية فى المستوى الأدنى (مثال ذلك النظر إلى الشريك فى حجرة مزدحمة) ، ثم يتم الانتقال إلى المواقف الجنسية الصريحة (مثل التواجد فى الفراش مع الشريك وكلاهما عاريان) ، ويمكن بالطبع القيام بخطوات التسكين واقعياً (فى الموقف الحي) بطريقة متدرجة مع العناية الشديدة أو من خلال مزج بين التخيل والتعرض الحى (Olber, 1973 ; Wolpe, 1958, 1991) وتوجد تقارير عن تسكين ناجح فى مواقف جماعية (Ogorman, 1978) .

منحى العلاج المشترك

بينما يمثل التسكين استخدام العلاج المعيارى السلوكى للاختلالات الجنسية عندما يكون مناسباً ، فمن المفيد اعتباره مع بقية الأساليب السلوكية الأخرى بمثابة عناصر يتعين أن تندمج فى حزمة علاجية أشمل . وهذا هو المنحى المأخوذ به اليوم فى كثير من أساليب العلاج الجنسى . ويرجع السبب فى ذلك إلى أن المشكلات الجنسية دائماً ماتكون متعددة الجوانب (انظر الفصل التاسع) ولهذا يتطلب التعامل معها بكفاءة استخدام عديد من الأساليب . وحيث تكون الأساليب السلوكية النوعية لهذه الجوانب من الصعوبة المسئولة عن المشكلة ذات أهمية . والحزمة العامة التى يجب استخدامها على نطاق واسع بهذه الطريقة ، هى العلاج المشترك لماسترز وجونسون (1970) Masters and Johnson ، والذى عدل بعض تفاصيله كُتَّاب تالين (مثال ذلك : Bancroft, 1989; Gillan, 1987; Hawton, 1985; Spence, 1991; Wincze and Carey, 1991) .

ويعرض الشريك صاحب المشكلة فى منحى ماسترز وجونسون العلاجى المشترك ، وبرفقته الزوج أو الزوجة بوصفهما زوجين للعلاج . ويشاهد الزوجين فى البرنامج الأصلى ، فريق يتكون من اثنين من المعالجين ذكر ، وأنثى ، ويجرى العلاج بطريقة مكثفة فى شكل جلسات يومية ، على مدى أسبوعين (Masters and Johnson, 1970) . وقد رأى باحثون آخرون أن إضافة معالج ثانٍ لايضيف إلا القليل إلى البرنامج ، كما أن الجلسات لاتحتاج لأن تكون بهذا التكرار المتقارب (Arentewicz and Schmidt, 1983; Bancroft, 1989; Crowe et al., 1982) .

خصائص منحى العلاج المشترك

تتلخص العناصر الأساسية فى نمط العلاج المشترك لماسترز وجونسون فى الآتى :

١ ـ عالج المشكلة باعتبارها متعددة الجوانب . ويساعد ذلك على خفض كل من القلق والشعور بالذنب لدى الشريك الذى يعرض المشكلة ، كما يؤكد هذا الأسلوب أيضاً أن الحاجة هى للتعلم أو اعادة تعلم كيف يحصل الشخص على الرضا الجنسى المشترك .

---

(1) Desensitisation
(2) Imaginal desensitisation
(3) Invivo desensitisation

٢ ـ أعمل على خفض القلق ، ويمكن تحقيق ذلك من خلال القضاء على أيه محاولة للقلق أثناء الجماع ، ويؤدى ذلك لإزالة الضغط على الأداء ، ويمكن أيضاً استخدام الاسترخاء كوسيلة إضافية للمساعدة .

٣ ـ حدد المهام الجنسية والواجبات التى يتعين القيام بها فى المنزل ، وهى عبارة عن مهام سلوكية معينة ، تتضمن التلامس والتحسس . والمرحلتان الرئيسيتان فى هذه المهام هما مرحلة التركيز على الإحساسات البعيدة عن الأعضاء التناسلية ، وحيث يستبعد خلالها لمس الأعضاء الجنسية والثديين ، وتتضمن المرحلة الثانية الإحساسات المتمركزة حول الأعضاء الجنسية . وتهدف هذه المهام الأساسية مساعدة الزوجين على تعلم الإمتاع والاستمتاع من خلال اللمس، ودون قلق أو مطالب بالممارسة . ومع الانتقال التدريجى من التفاعل الجنسى الأقل إلى التفاعل الحميم .

٤ ـ علِّم الزوجين المعلومات الجنسية ـ مثال ذلك المعلومات التشريحية والفسيولوجية والمناطق الجنسية الحساسية ، وأوضاع الجماع .

٥ ـ ساعد الزوجين على تطوير مهارات تواصل جنسية .

٦ ـ استخدم أساليب محددة لاختلالات محددة .

وبينما البنود السابقة من ١ـ٥ عامة للجميع ، فإن هناك أساليب تدخل نوعية ، مصممة للتعامل مع مشكلات معينة ، وعادة ماتقدم بعد المراحل العامة .

ويمكن اعتبار هذا البرنامج حزمة علاجية سلوكية ؛ بمعنى أنه لايتضمن محاولة لتفسير الأعراض المقدمة بإستخدام المفاهيم الدينامية . كما أن المهام السلوكية جزء أساسى فيه والدرجة التى يسعى بها أى منحى نحو الكشف عن الصراعات ومشكلات العلاقة مندمجة فى هذا البرنامج ، وتختلف من معالج لمعالج ومن حالة لأخرى (انظر Beck, 1992; Woody, 1992) . مثال ذلك أن بانكروفت Bancroft (1989) يستخدم على سبيل المثال برنامجاً على الرغم من قربه اللصيق من الصيغة التى يقدمها ماسترز وجونسون إلا أنه يؤكد هذه العوامل بقدر كبير . ويتعين الاعتراف بأن مشكلات العلاقات الحادة للغاية يمكن أن تؤدى لعدم تمكن الزوجين من تنفيذ البرنامج بنجاح ، وأحياناً ماتأتى مشكلات العلاقات فى الصدارة ويحدث ذلك فقط عندما يحاول الزوجان القيام ببعض المهام المطلوبة . وتحتاج هذه المشكلات لفحصها كلما كانت ذات صلة بالمشكلة (مثال ذلك Crowe and Ridley, 1990) . وعلى الرغم من ذلك ، وحتى فى مثل هذه الحالات .. فإن جوهر البرنامج يمكن أن يظل سلوكياً وسنعود إلى هذه النقطة فيما بعد فى هذا الفصل .

ويعد خفض القلق جزءاً محورياً فى هذه الحزمة ، وكذلك حظر محاولات القلق أثناء الجماع ويساعد على تحقيق ذلك مجرد إزالة قلق الأداء لدى الذكور والخوف من الألم وغيره لدى الإناث . كما يمكن إضافة أساليب أخرى لخفض القلق حسب الحاجة ، وقد وضع ماكارثى Mccarthy (1977,1992) قائمة بعدد من الطرق ، سواء العامة أو النوعية ، التى يمكن استخدامها لخفض القلق فى المشكلات الجنسية.

وتساعد الواجبات المتمركزة حول مشاعر الزوجين الحسية على تعلم كل منهما الاسترخاء فى صحبة الآخر ، والاستمتاع بالإتصال الحسى والتفاعل دون قلق من الفشل . وفى هذه المتعة الاسترخائية

المتبادلة يمكنهما اكتساب الثقة للاقتراب أكثر نحو التفاعل الحميم ، وربما يجدر أن نذكر هنا أن التقدم الحسى من المناطق غير التناسلية إلى المناطق التناسلية ، ومنها إلى الأفعال الجنسية المحددة والأكثر وضوحاً يشابه - فى جوانب كثيرة منه - برنامج التسكين فى الموقف الحى .

واكتشاف الذات والإثاره الذاتية يمكن أن يضمّنا فى هذا البرنامج ، عندما يتطلب الأمر ذلك . كما يُشجع ويُعلم كل من التواصل اللفظى وغير اللفظى فى الموضوعات المثيرة للمتعة وللمشاعر الحسية والأستجابات الجنسية (مثال ذلك كيف يشير للشريك ، أين وكيف يقوم باللمس ، وكيف يعبر عن الاستمتاع بما يقوم به شريكه) . والجوانب اللفظية من هذا النوع بسيطة ، ولكنها جديدة بالنسبة للكثير من الأزواج . ويمكن آن يأخذ التفاعل شكل لعب أدوار وتجرى «بروفة» له أثناءالجلسات فى حضور المعالج . وتعد المقابلات مع المعالج جوهرية فى مناقشة التقدم أو تنفيذ الواجبات ، كما يتعين مناقشة الصعوبات والمشكلات باستفاضة ، وكثيراً ماتؤدى هذه المناقشات حول ردود الافعال إلى ظهور موضوعات ، تتعلق بالعلاقات بين الزوجية لأول مرة (انظر Bancroft ,1989, Hawton,1985).

أساليب نوعية فى العلاج المشترك

وتلخص الاقسام التالية الأساليب المتضمنة فى هذا البرنامج العام ، والتى تستخدم بعد أن تكون المراحل الأولية قد أكملت بنجاح .

سرعه القذف

هناك أسلوبان شديدى التشابه ، يستخدمان مع حالات سرعه القذف (١) وقد أوصى ما سترز وجونسون بما يسمى أسلوب الضغط (٢) ؛ حيث يطلب من الزوجين ممارسة هذا الأسلوب فى مرحلة لمس الأعضاء التناسلية . وتقوم الأنثى بإثارة قضيب شريكها بيدها ، وعندما يشعر الرجل أنه على وشك القذف يشير لها بإشارة سبق الاتفاق عليها . فتقوم على الفور بالضغط على القضيب بشدة لمده ثانيتين إلى ثلاث ثوانى ، ويتم الضغط بإمساك القضيب من أعلاه بالأبهام وبالأصبعين الأول والثانى من الناحية العكسية، كل أصبع من ناحيه حول القمه التاجية للقضيب. ويؤدى الضغط لإفقاد الرجل إلحاح القذف ، وربما يؤدى إيضاً إلى فقدان جزئى للانتصاب . وتتكرر عملية الإثارة والضغط هذه عدة مرات خلال الجلسة ، وتؤدى عدة جلسات كهذه إلى زيادة تدريجية فى التحكم فى القذف . ويطلب من الزوجين بعد ذلك أن يقوما بالجماع بواسطة الإيلاج على أن تكون المرأة فى الوضع الفوقى . ويتعين فى البداية أن لايتبع الإيلاج حركة ، وإذا شعر الرجل أنه على وشك القذف فعليه أن يشير بذلك إلى شريكته ، والتى تبتعد من فوقه بيسر ثم يقومان مرة أخرى بتطبيق عملية الضغط . ويوصى كولودنى وزملائه Kolodny et al., (1979) بأسلوب للضغط القاعدى (٣) فى هذه المرحلة ، وحيث يتعين عدم إخراج القضيب تماماً ، ويتم إمساك القضيب من قاعدته من الامام والخلف ويبدأ الضغط ، وقد يقوم الزوجان بعد ذلك بالعودة إلى الأوضاع المفضلة لهما .

والواقع أن أسلوب الضغط مختلف عن طريق البدء والتوقف (٤) التى وصفها سيمنز Semans (1956) ، والتى استخدمها عديد من المعالجين (مثال ذلك : Kaplan, 1974; 1979) ، وتتضمن هذه

---

(1) Premature ejaculation.
(2) Squeeze technique.
(3) Basilar Squeeze.
(4) Start-Stop method.

الطريقة استثارة القضيب ، ثم التوقف قرب لحظة النشوة ، ثم إعادة العملية نفسها عدة مرات . وأساساً تتم الاستثارة أولاً بيد جافة ، وفيما بعد تستخدم إحدى المواد الزيتية المخففة للإحتكاك ؛ بهدف زيادة الحساسية ولجعل الإحساس أقرب إلى خبرة الدخول فى المهبل (Gillan, 1987) ويتضمن بقية البرنامج إيلاجاً مهبلياً دون الإتيان بحركة ، ثم تأتى الحركة بعد ذلك والمرأة أعلى الرجل .

العجـــز (١)

يتم فى مرحلة تحسس الأعضاء الجنسية القيام بإثارة الرغبة ، دون إشباعها ؛ بمعنى إحداث فترات متعاقبة من الإثارة وعدم الإثارة . وبينما تحدث حالات الانتصاب تلقائيًا ، فإن هذا لايعد هدف العلاج . ويشجع الزوجين لترك الانتصاب حتى يخمد قبل إعادة الاستثارة ، ويساعد ذلك على تدريبهما على عدم التسرع فى الجماع بمجرد حدوث الإنتصاب ، كما توضح لهما أن حالات الانتصاب عندما تفقد يمكن إعادة حدوثها .

والمرحلة الثانية هى الإيلاج المهبلى والأنثى فى وضع أعلى الرجل ولكن بدون حركة ، وتقوم الأنثى فى المرحلة التالية بحركات بطيئة ثم توجه الرجل لبدء الحركة أو المشاركة فيها ، مع استخدام أوضاع مختلفة .

القـذف المتأخـر (٢)

الهدف من العلاج فى هذه الحالة هو العمل نحو حدوث القذف داخل المهبل، وذلك من خلال سلسلة من الخطوات التى تتضمن إقتراباً تدريجياً من هذا الهدف . وفى هذه الحالة أيضاً تقدم التعليمات فى مرحلة ملامسة الأعضاء التناسلية . وبالنسبة للذكور الذين لايقذفون بسهولة فى أى موقف ، يوصى أن يقوموا باستثارة نشطة بمعاونة مادة زيتية . كما يمكن أيضاً التفكير فى استخدام جهاز اهتزاز ، وما أن يتم الإقتراب من النشوة بهذه الطريقة حتى تجرى محاولة للإيلاج المهبلى بعد قليل من الاستثارة اليدوية الأولية . أما الرجال الذين تتمثل مشكلتهم فى إنهم لايستطيعون الوصول إلى النشوة فى المهبل ، ولكنهم يصلون إليها من خلال الاستثارة اليدوية فقط ، فيوصى لهم ببرنامج تدريجى ، يتم خلاله تحقيق النشوة بالاستثارة اليدوية ، مع زيادة الإقتراب نحو المهبل . ويتحقق الإيلاج فى المرحلة التالية ، وذلك بعد الإثارة باليد إلى ماقبل النشوة مباشرة . وقد يحتاج الأمر لبعض الإستثارة اليدوية للوصول إلى النشوة عندما يكون القضيب داخل المهبل . وبالتالى ستكون الاستثارة المهبلية وحدها كافية لتحقيق النشوة (Kaplan, 1987) .

الانقباض المهبلى

تعالج هذه الحالة بمساعدة المريضة على تعلم الاسترخاء وإستكشاف أعضائها التناسلية . يتبع ذلك سلسلة متدرجة من الخطوات لتحقيق الإيلاج باستخدام أصابعها هى ، ثم أصابع شريكها أو بإستخدام أجهزة التوسيع (٣) ذات الأحجام المتزايدة (Gillan, 1987; Scholl, 1988) . ويحدث ذلك مع احتفاظها بتحكمها فى نفسها . كما يمكن أيضاً استخدام تسكين تخيلى (٤) ، من خلال مناظر ذات درجات متفاوتة من القرب للجنس ، كما يمكن بالمثل استخدام الإيلاج (Fuchs et al., 1973) .

(1) Impotence.
(2) Retarded ejaculation.
(3) Dilators.
(4) Imaginal desensitisation.

نقص القدرة على الوصول إلى النشوة

العنصر الإضافى الرئيسى فى الخدمة العلاجية لحالات نقص القدرة على الوصول إلى النشوة لدى الإناث ، هو ممارسة قدر جيد من التركيز الذاتى والاستثارة الذاتية (١) (Barbach, 1975; 1980; Gillan, 1987; Heiman and Lopiccolo, 1988; Lopiccolo and Lobitz, 1972; Lopiccolo and Stock, 1986; Seealso Narine and Hemsley, 1983) .

ويؤدى ذلك إلى مساعدة المريضة على تعلم الإستمتاع بالإحساسات الجنسية بطريقة مريحة . ويمكن ترتيب هذه الجلسات الشخصية (٢) ، التى تتضمن استثارة إلى أن تتحقق النشوة فى البرنامج الأساسى كواجب موازٍ . وقد تبين أن إستخدام الهزاز يمكن أن يساعد هؤلاء النساء على تحقيق النشوة ، وقد تستخدمه المريضة بنفسها فى البداية ، وقد يساعدها شريكها باستخدامه لها للوصول إلى النشوة فى المراحل التالية . ويمكن بالمثل استخدام التخيلات الجنسية والمواد المثيرة جنسياً كوسيلة مساعدة (Gillan and Spence, 1991) ، وعادة مايشار إلى تدريبات تحقيق التحكم فى العضلة القابضة لفتحة الشرج (٣)، وتقوية نشـــاطها بإســم «تدريبات كيجـــيل» (٤) ، والتى يوصى بها هى الأخرى كوسيلة لتحقيق النشوة . (Gillan, 1987, Kegel, 1952) .

وبالنسبة للنساء غير القادرات على تحقيق نشوة مع شريك ، ولكن لاتوجد لديهن مشكلة فى الإستمناء ، يتعين إضافة عناصر أخرى إلى البرنامج مثال ذلك محاولة إعادة التشريط الشبقى ، وحيث يجرى تعليم المريضة المزاوجة بين جوانب المتعة الإيجابية للاستثارة الذاتية ، أو أى مواقف جنسية أخرى مع خيالات للشريك ، فى برنامج متدرج قائم على التخييلات الجنسية . (Asirdas and Beech, 1975; Gillan, 1987) .

نقص الإهتمام :

عادة مايبدأ نقص الإهتمام الجنسى فى الاستجابة للحزمة العلاجية العامة ، مالم يكن هناك سبب خطير كامن . والأساليب الإضافية التى تستخدم لهذه الحالة هى التركيز الذاتى ، والإثارة الذاتية واستخدام الهزاز ، والاستثارة بإستخدام مواد جنسية مثيرة ـ مثل الصور وأفلام الفيديو وشرائط التسجيل وغيرها . (Gillan, 1987) . وعلى الرغم من ذلك من المهم ألا تكون المواد الجنسية المثيرة التى يوصى بها أو تقدم للمرضى غير مستساغة لهم ، ولهذا فمن الأفضل ترك الإختيار لهم ، والتدريب على التخيلات الجنسية من الأساليب ذات العلاقة أحياناً ، وهى مفيدة لأولئك اللاتى تكون تخيلاتهن الجنسية قليلة (Spence, 1991) . ويمكن استخدام المواد المنشورة مثل مجلدات الخيالات الجنسية من تأليف نانسى فرايدى (Nancy Friday (1976, 1991 لتشجيع التخيلات الجنسية . وقد تبين أيضاً أن استخدام جداول زمنية متفق عليها بين الزوجين لممارسة الجنس مفيد . (مثال ذلك : Crowe and Ridley, 1990) وعلى المعالج أن يتباحث مع الزوجين حول الجدول الزمنى لممارسة الجنس ، مثال ذلك أن يقتصر الجماع على أيام معينة فى الأسبوع ، أو أن كل شريك له أيام معينة يحاول فيها الجنس مع الشريك الآخر . وهذه الطريقة فعالة للغاية فى الحالات ، التى يجد فيها الشريك ذو المستوى الضعيف من الرغبة أن مطالب

---

(1) Self-Stimulation.
(2) Self-Sessions.
(3) Pubococcygeus.
(4) Kegel exercises.

الزوج كثيرة للغاية ، وهو الأمر الذى يجعل المشكلة أسوأ ، ويساعد الجدول الزمنى على إقران نمط مقبول أو قائمة ، يمكن من خلالها تحقيق تقدم أفضل .

بعض الاعتبارات الإضافية في العلاج المشترك

لاحاجة للقول أن ماسبق ذكره ماهو إلا تلخيص ، وربما تناول شديد التبسيط للعلاج المشترك ، وهناك حاجة للإشارة إلى بعض النقاط العامة حول هذا المنحى العلاجي .

(١) الحزمة العلاجية معدة فى صيغتها الأساسية للاستخدام ، مع حالات اختلال الوظائف الجنسية مع عناصر محددة أضيفت لتناسب صعوبات معينة ، وعلى الرغم من ذلك فهناك حالات لاتحتاج لتطبيق الحزمة كاملة لها ، وربما يكون الإرشاد الجنسى والتعليم الأساسى هما كل المطلوب (Hawton, 1955; Kaplan, 1987) . ولاحاجة للقول أنه يجب أن يكون لدى المعالج أسلوب مرن فى تطبيق الحزمة العلاجية أو أجزاء منها .

(٢) هذا البرنامج موجه للمشكلات ذات المنشأ النفسى ، وحيث يحتاج المرضى أصحاب المشكلات العضوية إلى أشكال أخرى من العلاج (انظر ص ٢٣٧) . ومن ناحية أخرى لايوجد سبب يبين لماذا لاتستخدم المراحل المبكرة من البرنامج ، حتى مع أولئك الذين تكون مشكلاتهم غير نفسية المنشأ بوصفها طريقة لمساعدتهم فى نشاطهم الجنسى ولتعزيز خبراتهم الجنسية . مثال ذلك فى حالات الرجال المسنين ممن يعانون من العجز الجنسى ؛ نتيجة للعمر وبعض الأسباب العضوية الأخرى ، قد لايكون باستطاعتهم تجديد وظيفة الانتصاب ، وهناك الكثير مما يمكن أن يحققه لهم برنامج مساعد يسعى لتعزيز استمتاعهم بالنشاط الجنسى وتمكينهم من قبول الجنس دون اعتباره دائماً اتصالاً جنسياً كاملاً (انظر : Gibson, 1992) (لاحظ أيضاً أنه يمكن تشجيع الأزواج على الجماع والاستمتاع به مع قضيب مرتخ أو نصف منتصب . ويمكن للزوجين تحقيق ذلك بمعاونة مادة زيتية ، واستخدام أوضاع تسمح بالوصول السهل إلى العضو التناسلى للأنثى) . ومن المهم أيضاً تذكر أن التمييز بين ماهو عضوى - وماهو نفسى المنشأ ليس واضحاً بشكل حاسم ودائماً مايوجد تداخل . كما أن مشكلة تحدث أو تنتج عن حالة عضوية ، يمكن دائماً أن تتفاقم أو تستمر نتيجة لعوامل نفسية مثل القلق أو إعتلال الصحة وتناقص تقدير الذات . وفى بعض الحالات تكون هناك حاجة للمساعدة النفسية بالإضافة إلى التدخل العضوى .

(٣) يجب تطبيق البرنامج بمرونة ، وتحدد احتياجات كل زوجين الهدف من تعديل البرنامج ، ويجب أن يكون المعالج مهيأ لتغيير اتجاهات البرنامج حيثما ومتى تطلب الأمر . مثال ذلك زوجان يتقدمان بمشكلة سرعة قذف ، يمكن أن تتحول المشكلة لتصبح أساساً عبارة عن نقص فى إستجابية الأنثى. ويحتاج بعض الأزواج لقدر كبير من التعليم المباشر . كما قد لايكون مريض خجول قادر على المشاركة الكاملة فى جلسات العلاج ، إلى أن يتم القضاء على حرجه أو حرجها ، وسيحتاج الأمر إلى قدر كافٍ من الوقت والجهد للوصول إلى ذلك ، وحيث يمكن بعده بدء العلاج ، وقد أوضح لوبيتز وزملائه (1976) .Lobitz et al وويِنسز وكارى Winzce and Carey (1991) بشكل جيد مدى الحاجة إلى المرونة .

(٤) قد يواجه البرنامج أحياناً بمقاومة ، وقد لايقوم زوجان بالواجبات المطلوبة منهما ، أو يقومان بها بصورة غير منتظمة أو بشكل خاطف ، وتحتاج صعوباتهم هذه للكشف عنها كاملة . وقد تظهر

المشكلات الزوجية على السطح فى هذه المرحلة ، وحيث يحدث نقص مفهوم تماماً فى التقدم فى الواجبات ، ويتعين فى هذه الحالة توجيه الجهود نحو حل هذه المشكلات . ;Bancroft, 1989) . Crowe and Ridley, 1990)

(٥) يتعين ألا تقتصر الإضافات إلى البرنامج الأساسى على الأساليب النوعية التى سبق ذكرها ؛ فأى أسلوب سلوكى مناسب لجوانب المشكلة يمكن مزجه حسبما يتطلب الأمر . مثال ذلك عندما يكون هناك عنصر خوافى موجود ، فيجب محاولة التدخل للتعامل مع الخوف . مثال ذلك أنه بالنسبة لرجل لاينفصل الاختلال الوظيفى لديه عن رغبات شاذة ، قد يكون المطلوب علاجاً إضافياً (انظر الفصل الثامن عشر : Chalkley) .

وفكرة التحليل الوظيفى (Kanfer and Saslow, 1969) مفيدة للغاية فى إبتكار برامج علاجية مخططة لشخص بعينه . وعندما يبين التقييم عوامل محددة بوضوح ذات علاقة بالمشكلة ، فإن التناول النظامى لها يمكن أن يحقق نتائج مهمة ، دائماً ماتكون جزءاً من البرنامج الأساسى ، كما يحدث أن تتحقق أحياناً نتائج ، تماثل نتائج برنامج التدخل الأساسى نفسه (Lobitz et al., 1976) .

التغيرات المعرفية

تزايد الاعتراف بالتعديل المعرفى ، ذى الصلة بالاختلال الوظيفى الجنسى ، بوصفه أحد جوانب العلاج المهمة . وذلك لأن لسوء التوافق دوراً فى استمرار المشكلة ، وهو الأمر الذى يتطلب مواجهة وتغييراً ، فالخرافات الشائعة ، والاتجاهات والمعتقدات الذاتية .. إلخ ، دائماً ماتسهم فى الصعوبات الجنسية (مثال ذلك : Baker and de Silva, 1988; Bishay, 1988; de Silva and Dissanayake, 1989) .

وبالتالى يعد استخدام الأساليب المعرفية جزءاً من الحزمة العلاجية ، دائماً ماتوجد حاجة لوضعها فى الاعتبار . وقد قدمت سبنس (1991) Spence مناقشة مفيدة لاستخدام الإستراتيجيات المعرفية فى علاج الصعوبات الجنسية على وجه الخصوص ، كان من بينها التدريب على التخيلات الجنسية ، وعلى مهارات تركيز الانتباه باعتبارها جوانب ممكنة للعلاج . وعلى أى الأحوال .. فإن أساليب التدخل المعرفية الأساسية تتضمن تحديد وإعادة تشكيل المكونات المعرفية ذات الصلة . كما يجب تحديد الأفكار غير التوافقية أو السلبية وتغييرها ، إذ تطلب الأمر ذلك (مثال ذلك : Zilbergeld, 1987; 1992) . وراجع سبنس لمناقشة شاملة للموضوع (spence, 1991 : 148-64) .

سياق العلاقات

أُشير فى عديد من الفقرات السابقة ،عند الحديث عن العلاج المشترك إلى أهمية عوامل العلاقات . وتوضع هذه العوامل فى الاعتبار بدرجات مختلفة ، ويتبنى بعض الممارسين مثل وودى (1992) Woody وجهة نظر ، ترى أن التعامل مع هذه العوامل يعد جانباً جوهرياً فى العلاج الجنسى ، وهى تقترح منحاً علاجيًا تكامليًا . وأحياناً ماتشكل عوامل العلاقات السبب الجوهرى للمشكلات الجنسية ، وكثيراً مايكون لها دور فى إستمرارها . وأحياناً ماتكون للقضايا المتعلقة بالعلاقات ، مثل : الوضع ، والقوة والسيطرة والثقة ، والغيرة والمودة دور جوهرى فى الصوره الإكلينيكية . وعندما يكون الأمر كذلك ، فإن العلاج المشترك يتطلب إعطاءها الاهتمام الكافى ويصبح التعامل معها مطلوباً . وهناك مناقشة ممتازة لهذه العوامل متوفرة فى كرو ورايدلى (1990) Crowe and Ridley ، وليبلوم وروزن Leiblum and Rosen، (1992) وودى (المرجع السابق) .

بعض القضايا العملية

استخدم ماسترز وجونسون (1970) Masters and Johnson – كما سبقت الإشارة إلى ذلك فى فقرة سابقة فريقاً علاجياً متعاوناً ، يتكون من ذكر وأنثى فى برنامجهما ، غير أن آخرين أوضحوا أن وجود معالج ثانٍ لايضيف إلا القليل لفاعلية البرنامج العلاجى . ومن ناحية أخرى ، فإن وجود معالج ثانٍ من الجنس الآخر للمعالج ، يمكن أن يعد ميزة فى بعض الحالات مثال ذلك أنه يؤدى إلى تيسير التواصل بالنسبة لكل شريك عند الحديث عن المشكلة ، ومشاعره أو مشاعرها نحوها . ويتعين منح الأفراد إمكانية كتابة تقارير فردية للمعالج ، بمعنى أن يكتب كل منهما تقريراً فى عدم حضور الطرف الآخر ، بصورة مختصرة فى كل جلسة على الأقل . ويؤدى ذلك لمساعدة المعالج فى الحصول على تقدير متوازن عن التقدم فى العلاج ، وبقية الأمور الأخرى المتعلقة به .

ومن بين الإضافات الأخرى المهمة ، تزويد المرضى بتعليمات كتابية ، وإيضاحات للبرنامج العلاجى. وبينما استخدمت التعليمات الكتابية ببعض النجاح باعتبارها النموذج الرئيسى للعلاج (انظر Low and Mikulas, 1975) إلا أنه يتعين استخدامها كوسيلة مساعدة للتعليمات التى تقدم شفوياً . ومن المفيد بالقدر نفسه التوجيه بالإطلاع على كتاب جيد فى الجنس ، وهناك عديد من الكتب التى يمكن التوصية بها، من ذلك كتاب بارنز ورودويل (1992) Barnes and Rodwell ، وكتاب دلفين (1974) Delvin ، كما يمكن استخدام الأفلام وشرائط الفيديو والشرائح (Gillan, 1987) .

المرضى بلا شركاء

عند حضور مريض دون مصاحبة الشريك الآخر للعلاج ، فما المساعدة التى يمكن تقديمها له ؟ إذا كان للمريض شريك دائم ، ورغم أنه لايرغب فى القدوم إلى العيادة إلا أنه سيتعاون فى البرنامج العلاجى ، فيمكن فى هذه الحالة استخدام طريقة للتوجيه عن بعد (1) من خلال الشريك الحاضر الذى يقوم أيضاً بدور الموصل للتعليمات ، وسيكون لاستخدام التعليمات المكتوبة أهمية خاصة . وتوحى الخبرة الإكلينيكية أن هذا الموقف أقل من البديل المثالى للعلاج المشترك ، إلا أنه يتعين التفكير فيه فى الظروف المواتية . وإذا كان رفض الشريك القدوم للعيادة يعكس علاقة ضعيفة ، وأن اتجاهه هو أن المشكلة كلها تتعلق بالشريك الآخر ، فيكون من الواضح فى هذه الحالة أن فرص القيام بعمل مشترك ستكون ضعيفة . ومن ناحية أخرى إذا كانت معارضة الشريك للقدوم ناتجة أساساً عن الخجل أو الإحراج ، وأن التعاون فى البيت مؤكد .. فسيكون هناك توقع أفضل لنجاح العلاج .

وهناك مشكلة أخرى مختلفة تظهر عندما لايكون للمريض شريك متاح ، والكثير من الرجال الشباب ممن لديهم مشكلات انتصاب أو قذف، لايوجد لهم شركاء دائمون فحسب ، بل إنهم يتجنبون إقامة علاقات خوفاً من الفشل والرفض . والعلاج الفردى هو البديل الوحيد المتاح فى مثل هذه الحالات مالم يوضع فى الاعتبار العلاج الجماعى والتيسيرات متاحة لاستخدامه . والمبادئ الأساسية للعلاج الجنسى الفردى هى نفسها المستخدمة لعلاج الأزواج : مثل التعلم والإرشاد ، وخفض القلق بالطرق المختلفة ، بما فى ذلك الاسترخاء والتركيز الذاتى والاستثارة الذاتية والتدريب على التخيلات الجنسية ، وجميعها عناصر ممكنة ومفيدة فى أى برنامج . وبالنسبة للأساليب الرئيسية فى علاج سرعة القذف قد يكون أسلوب «البدء – التوقف » أيسر استخداماً من أسلوب الضغط ، ويمكن استخدام التسكين التخيلى فى حالات الخوف أو

(1) Remote Control approach.

القلق ، بينما يكون لعب الأدوار والتدريب على المهارات الإجتماعية مفيداً فى بعض الحالات (McCarthy, 1992) . ويعد برنامج إعادة التعلم الجنسى الذى وضعه زيلبرجيلد Zilbergeld (1978) مناسباً للرجال ممن لديهم قلق جنسي واختلالات مصاحبة على وجه الخصوص . ويرى زيلبرجيلد أنه من المهم تبديد بعض الخرافات الشائعة على نطاق واسع حول الجنس (مثل أن الجنس يعنى دائماً الجماع ، أو أن الذكر يجب أن يكون دائماً صاحب الدور النشط .. وهكذا) . ولمساعدة هؤلاء الناس ، فإن اكتشاف وتصحيح المفاهيم الخاطئة حول الجنس سيكون عنصر مفيداً فى برنامج فردى للعلاج الجنسى (Zilbergeld, 1992) ، وبالنسبة للإناث فإن تمرينات الاستمناء وتمرينات كيجيل (١) واستخدام الهزاز وبعض الأساليب الأخرى التى أشير إليها فى فقرات سابقة ، يمكن للفرد الذى لاشريك له أن يفيد من استخدامها .

الإنابــــــة

استخدام شريك ينوب عن الشريك الأصلى فى علاج المرضى الذين لاشريك لهم أستخدم وأوصى به بعض المعالجين ، وقد استخدم ماسترز وجونسون هؤلاء النواب لبعض مرضاهم الذكور ، إلا أنهما توقفا عن ذلك فيما بعد . ومازال بعض المعالجين الجنسيين فى الولايات المتحدة يستخدمون العلاج بشريك منوب (Dauw, 1988; Sommers, 1980) . بينما استخدم كول Cole هذا الأسلوب من العلاج بشركاء منوبين مع ٤٢٥ مريضا منهم ٣٩٠ من الرجال ، ٣٥ من النساء ، وقد أكمل العلاج من هذا العدد ٣١٦ مريضا (بواقع ٧٤.٤ فى المئة) . ولسوء الحظ كانت المتابعة ممكنة بالنسبة لـ ١٣.٢ فى المئة فقط من هؤلاء . غير أن هناك مشكلات خطيرة فى استخدام العلاج بالمندوبين بمافى ذلك مشكلات قانونية وأخلاقية مثال ذلك أن ربع العينة تقريباً كانوا من المتزوجين ، ولم يكن الزوج الآخر يعلم حتى أن المريض قد توجه للحصول على علاج . وهناك سؤال إكلينيكى خطير هو ماإذا كان شخص قد عولج باستخدام شريك ينوب عن الشريك الأصلى ، سيكون قادراً على تعميم ماكتسبه أو اكتسبته على المواقف الأخرى . وفى ضوء هذه التحفظات ، يصعب التوصية بالعلاج بمشاركة منوب ، بوصفه بديلاً فى علاج الإختلالات الجنسية .

العلاج الجماعى

قام عدد متزايد من المعالجين ، خلال السنوات الأخيرة بعلاج مرضى الاختلالات الوظيفية الجنسية علاجاً جماعيًا ، وتشكلت جماعات من الذكور ، وأخرى من الإناث ، وجماعات من الأزواج ، وجماعات مختلطة من أشخاص فرادى . وكانت هناك مجموعات من المرضى ذوى المشكلات المتشابهة ، ومجموعات من أصحاب المشكلات غير المتجانسة (Auerbach and Killman, 1977; Barbach and Flaherty, 1980; Kayata and Szydlo, 1988; Spence, 1985; Zilbergeld, 1975) .

واستخدمت مع هذه المجموعات تنوعات من الأساليب بما فى ذلك التعليم ، وتقرير المهام ، والاسترخاء ، والتسكين ، وتعليمات للاستمناء واستخدام الهزاز ، وجلسات للمناقشة المفتوحة للمشكلات . ويعد العلاج الجماعى مفيداً بالنسبة لصغار السن ، وأولئك الذين يفتقرون للثقة بأنفسهم على وجه الخصوص (Bancroft, 1989) ، بالإضافة إلى كل ذلك ، المزايا النوعية التى تتحقق منه .

(1) Kegel exercise.

مساعدة أفراد وأزواج الشواذ

الأزواج الذكور الشواذ ، والشواذ الفرادى يتقدمون بزيادة واضحة للعيادات باحثين عن المساعدة من الاختلالات الوظيفية الجنسية . وتشبه مشكلاتهم إلى حد كبير مشكلات أصحاب الجنسية الغيرية ممن يسعون لطلب المساعدة ، ويمكن استخدام المبادئ العامة التى ذكرت من قبل فى علاجهم . وعلى الرغم من ذلك فإنهم دائماً منشغلون بأمور مختلفة ، مثال ذلك من حيث توجهاتهم ، فبعض الأفعال مثل الجنس الفمي (١) أو الجنس الشرجي (٢) (Reece, 1988; Spence, 1991) وإنشغالات حول التوجهات الجنسية ذاتها يمكن أن تسهم فى تفاقم مشاكلهم مثل المخاوف الخاصة المتعلقة بالجنس الآمن (٣) . ويحتاج المعالج لاستخلاص انشغالات المريض واهتمامه بصبر وعناية ، والتعامل معها بشكل مناسب . وقد نوقشت بعض القضايا الخاصة بعلاج الرجال الشواذ جيداً لدى جوردون Gordon (1988) .

كفاءة العلاج

ماذا عن كفاءة المناحى المختلفة للعلاج التى سبق مناقشتها ؟

كانت أكثر معدلات النجاح إرتفاعاً هى تلك التى ذكرها ماسترز وجونسون (Masters and Johnson, 1970; also Kolodny, Mastersand, Johnson, 1997) ولايضاهيها ماتوصل إليه الباحثون الآخرون . غير أن هناك دلائل بصفة عامة على أن العلاج المشترك ، والأساليب السلوكية الأخرى التى سبق الإشارة إليها فى هذا الفصل ، كانت مفيدة للكثيرين من المرضى . (Arentewicx and Schmidr, 1983; Bancroft, 1989;Spence, 1991) ولايسهل تقديم تقييم نقدى شامل لهذه الأساليب نتيجة لعدد من العوامل ، منها : عدم تجانس العينات ، ونقص الشكل الموحد لقياس النتائج ، وغموض محكات التحسن ، وكثرة التقارير عن دراسات الحالة ، والتوصيف الناقص لخصائص المرضى ، وغياب البيانات عن أولئك الذين لم يستكملوا العلاج ـ وعن من فشل علاجهم وهكذا (Beck, 1992) . وفى إطار هذه الحدود تعد البيانات المتاحة مشجعة . وبينما يعد منحى العلاج المشترك الاختيار الأفضل عندما يكون متاحاً ، فإن الأمر متروك للأخصائى الإكلينيكى ؛ ليستخدم أصالته وحكمه فى اختيار عناصر العلاج المختلفة ، التى تكون مناسبة بصفة خاصة ، لكل حالة يشكو منها مريض .

(1) Oral sex.
(2) Anal Sex.
(3) Safe Sex.

References

Althof, S. E. and Turner, L. A. (1992) 'Self-injection therapy and external vacuum devices in the treatment of erectile dysfunctions: Methods and outcome', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.

Arentewicz, G. and Schmidt, G. (1983) *The Treatment of Sexual Disorder: Concepts and Techniques of Couple Therapy*, New York: Basic Books.

Asirdas, S. and Beech, H. R. (1975) 'The behavioural treatment of sexual inadequacy', *Journal of Psychosomatic Research* 19: 345–53.

Auerbach, R. and Killman, P. R. (1977) 'The effects of group systematic desensitisation on secondary erectile failure', *Behaviour Therapy*, 8: 330–9.

Baker, C. D. and de Silva, P. (1988) 'The relationship between male sexual dysfunction and belief in Zilbergeld's myths: An empirical investigation', *Sexual and Marital Therapy* 3: 229–38.

Bancroft, J. (1989) *Human Sexuality and Its Problems, 2nd edn*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Barbach, L. (1975) *For Yourself: The Fulfillment of Female Sexuality*, New York: Signet.

Barbach, L. (1980) *Women Discover Orgasm*, New York: Free Press.

Barbach, L. G. and Flaherty, M. (1980) 'Group treatment of situationally anorgasmic women', *Journal of Sex and Marital Therapy* 6: 19–29

Barnes, T. and Rodwell, L. (1992) *A Woman's Guide to Loving Sex*, London: Boxtree.

Beck, J. G. (1992) 'Behavioral approaches to sexual dysfunction', in S. M. Turner, K. S. Calhoun and H. E. Adams (eds) *Handbook of Clinical Behavior Therapy, 2nd edn*, New York: Wiley.

Beigel, H. (1971) 'The hypnotherapeutic approach to male impotence', *Journal of Sex Research* 7: 168–76.

Bishay, N. R. (1988) 'Cognitive therapy for sexual dysfunction: A preliminary report', *Sexual and Marital Therapy* 3: 83–90.

Brindley, G. S. (1983) 'Cavernosal alpha-blockade: A new technique for investigating and treating erectile impotence', *British Journal of Psychiatry* 143: 332–7.

Brindley, G. S. (1986) 'Maintenance treatment of erectile impotence by cavernosal unstriated muscle relaxant injection', *British Journal of Psychiatry* 149: 210–15.

Cheek, J. B. (1976) 'Short-term hypnotherapy for frigidity using exploration of early life attitudes', *American Journal of Clinical Hypnosis* 19: 20–7.

Cole, M. (1988) 'Sex therapy for individuals', in M. Cole and W. Dryden (eds) *Sex Therapy in Britain*, Milton Keynes: Open University Press.

Cooper, S. J. (1974) 'A blind evaluation of a penile ring – a sex aid for impotent males', *British Journal of Psychiatry* 124: 402–6.

Cooper, S. (1987) 'Preliminary experience with a vacuum tumescence device (VTD) as a treatment for impotence', *Journal of Psychosomatic Research* 31: 413–18.

Crowe, M. J. and Qureshi, M. J. H. (1991) 'Pharmacologically induced penile erections (PIPE) as a maintenance treatment of erectile impotence: A report of 41 cases', *Sexual and Marital Therapy* 6: 273–85.

Crowe, M. J. and Ridley, J. (1990) *Therapy with Couples*, Oxford: Blackwell.

Crowe, M. J., Gillan, P. and Golombok, S. (1982) 'Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction: a controlled study', *Behaviour Research and Therapy* 19: 47–54.

Dauw, D. C. (1988) 'Evaluating the effectiveness of the SECS surrogate-assisted sex therapy model', *Journal of Sex Research* 24: 269–75.

Davidson, J. M. and Rosen, R. C. (1992) 'Hormonel determinants of erectile function', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.

Delvin, D. (1974) *The Book of Love*, London: New English Library.

de Silva, P. and Dissanayake, S. A. W. (1989) 'The Loss of Semen Syndrome in Sri Lanka: A clinical study', *Sexual and Marital Therapy* 4: 195–204.

Friday, N. (1976) *My Secret Garden: Women's Sexual Fantasies*, London: Quartet.

Friday, N. (1991) *Women on Top*, London: Hutchinson.
Fuchs, K., Hoch, L., Paldi, E., Abramovici, H., Brandes, J., Timor-Tritisch, I. and Kleinhaus, M. (1973) 'Hypnodesensitization therapy of vaginismus, I. In vitro method; II. In vivo method', *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 21: 144–56.
Gibson, N. B. (1992) *Love, Sex and Power in Later Life*, London: Freedom Press.
Gillan, P. (1979) 'Stimulation therapy for sexual dysfunction', *British Journal of Sexual Medicine* 6: (June): 13–14.
Gillan, P. (1987) *Sex Therapy Manual*, Oxford: Blackwell.
Gordon, P. (1988) 'Sex therapy with gay men', in M. Cole and W. Dryden (eds) *Sex Therapy in Britian*, Milton Keynes: Open University Press.
Hawton, K. (1985) *Sex Therapy: A Practical Guide*, Oxford: Oxford University Press.
Heiman, J. R. and Lo Piccolo, J. (1988) *Becoming Orgasmic*, Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.
Kanfer, F. H. and Saslow, G. (1969) 'Behavioral diagnosis', in C. M. Franks (ed.) *Behavior Therapy: Status and Appraisal*, New York: McGraw-Hill.
Kaplan, H. S. (1974) *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunction*, London: Bailliere Tindall, New York: Brunner/Mazel.
Kaplan, H. S. (1979) *Disorders of Sexual Desire*, New York: Brunner/Mazel.
Kaplan, H. S. (1987) *The Illustrated Manual of Sex Therapy, 2nd edn,* New York: Brunner/Mazel.
Kaplan, H. S., Kohl, R. M., Pomeroy, W. B., Offit, A. K. and Hogan, B. (1978) 'Group treatment of premature ejaculation', *Archives of Sexual Behavior* 3: 443–52.
Kayata, L. and Szydlo, D. (1988) 'Sex therapy in groups', in M. Cole and W. Dryden (eds) *Sex Therapy in Britain*, Milton Keynes: Open University Press.
Kegel, A. (1952) 'Sexual functions of the pubococcygeus muscle', *Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynaecology* 60: 521–4.
Killman, P. R. and Auerbach, R. (1979) 'Treatment of premature ejaculation and psychogenic impotence: a critical review of the literature', *Archives of Sexual Behavior* 8: 81–100.
Kolodny, R. C., Masters, W. H. and Johnson, V. E. (1979) *A Textbook of Sexual Medicine* Boston: Little Brown.
Lazarus, A. A. (1963) 'The treatment of chronic frigidity by systematic desensitization', *Journal of Nervous and Mental Disease* 136: 272–8.
Leiblum, S. R. and Rosen, R. C. (1992) 'Couples therapy for erectile disorders: Observations, obstacles and outcomes', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment,* New York: Guilford Press.
Lobitz, W. C., Lo Piccolo, J., Lobitz, G. K. and Brockway, J. (1976) 'A closer look at simplistic behaviour therapy for sexual dysfunction: two case studies', in H. G. Eysenck (ed.) *Case Studies in Behaviour Therapy,* London: Routledge & Kegan Paul.
Lo Piccolo, J. and Lobitz, W. C. (1972) 'The role of masurbation in the treatment of orgasmic dysfunction', *Archives of Sexual Behavior* 2: 163–71.
Lo Piccolo, J. and Stock, W. (1986) 'Treatment of sexual dysfunction', *Journal of Consulting Clinical Psychology* 54: 158–67.
Lowe, J. C. and Mikulas, W. L. (1975) 'Use of written material in learning self-control of premature ejaculation', *Psychological Reports* 37: 295–8.
McCarthy, B. W. (1977) 'Strategies and technique for the reduction of sexual anxiety', *Journal of Sex and Marital Therapy* 3: 243–8.
McCarthy, B. W. (1992) 'Treatment of erectile dysfunction with single men', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment,* New York: Guilford Press.
Masters, W. H. and Johnson, V. E. (1970) *Human Sexual Inadequacy*, Boston: Little Brown.
Melman, A. and Tiefer, L. (1992) 'Surgery for erectile disorders: Operative procedures and psychological issues', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.
Murphy, C. V. and Mikulas, W. L. (1974) 'Behavioural features and deficiencies of the Masters and Johnson programme', *Psychological Record* 24: 221–7.

Nadig, P., Ware, J. and Blumoff, R. (1986) 'Non-invasive device to produce and maintain an erection-like state', *Urology* 27(2): 126–31.

Nairne, K. D. and Hemsley, D. R. (1983) 'The use of directed masturbation training in the treatment of primary anorgasmia', *British Journal of Clinical Psychology* 22: 183–94.

Obler, M. (1973) 'Systematic desensitization in sexual disorders', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 4: 93–101.

O'Gorman, E. (1978) 'Treatment of frigidity: a comparative study of group and individual desensitization', *British Journal of Psychiatry* 132: 580–4.

Reece, R. (1988) 'Special issues in the etiologies and treatments of sexual problems among gay men', *Journal of Homosexuality* 15: 43–57.

Rosen, J. (1977) 'The psychoanalytic approach to individual therapy', in J. Money and H. Musaph (eds) *Handbook of Sexology*, Amsterdam: Elsevier.

Rosen, R. C. and Beck, G. J. (1988) *Patterns of Sexual Arousal: Psychophysiological Processes and Clinical Applications*, New York: Guilford Press.

Scholl, G. M. (1988) 'Prognostic variables in treating vaginismus', *Obstetrics and Gynaecology* 72: 231–5.

Semans, J. H. (1956) 'Premature ejaculation: A new approach', *Southern Medical Journal* 49: 353–8.

Sommers, F. G. (1980) 'Treatment of male sexual dysfunction in a psychiatric practice integrating the sexual therapy practitioner (surrogates)', in R. Farleo and W. Pasini (eds) *Medical Sexology*, Amsterdam: Elsevier.

Spence, S. H. (1985) 'Group versus individual treatment of primary and secondary orgasmic dysfunction', *Behaviour Research and Therapy* 23: 539–48.

Spence, S. H. (1991) *Psychosexual Therapy: A Cognitive-Behavioural Approach*, London: Chapman and Hall.

Wagner, G. and Green, R. (1981) *Impotence: Physiological, Psychological, Surgical Diagnosis and Treatment*, New York: Plenum Press.

Walling, M ., Andersen, B. L. and Johnson, S. R. (1990) 'Hormonal replacement therapy for post-menopausal women: A review of sexual outcomes and gynaecologic effects', *Archives of Sexual Behavior* 19: 119–37.

Wincze, J. P. and Carey, M. P. (1991) *Sexual Dysfunction: A Guide for Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1991) *The Practice of Behavior Therapy, 4th edn*, New York: Pergamon.

Woody, J. D. (1992) *Treating Sexual Distress: Integrative Systems Therapy*, Newbury Park: Sage.

Zilbergeld, B. (1975) 'Group treatment of sexual dysfunction in men without partners', *Journal of Sex and Marital Therapy* 1: 204–14.

Zilbergeld, B. (1978) *Men and Sex*, Boston: Little Brown.

Zilbergeld, B. (1992) 'The man behind the broken penis: Social and psychological determinants of erectile failure', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.